

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925 — N° 61

L'ANALGÉSIE OBSTÉTRICALE

PAR LE TRICHLORO-BUTYLALCOOL DIALLYLMALONYLURATE
D'ÉTHYLOMORPHINE OU HÉMPNAL

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 12 Janvier 1925

PAR

Michel MENDY

Né à IRISSARY (Basses-Pyrénées), le 14 Mars 1899

Examineurs de la Thèse	{	MM. RIVIÈRE, professeur	Président.
		VERGER, professeur	
		PÉRY, agrégé	Juges.
		BONNIN, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE VICTOR CAMBETTE

91, Cours de la Marne, 91

1925



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548625_0004

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925 — N° 61

L'ANALGÉSIE OBSTÉTRICALE

PAR LE TRICHLORO-BUTYLALCOOL DIALLYLMALONYLURATE
D'ÉTHYLOMORPHINE OU HÉMYPNAL

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 42 Janvier 1925

PAR

Michel MENDY

Né à IRISSARY (Basses-Pyrénées), le 14 Mars 1899

Examineurs de la Thèse	{	MM. RIVIERE, professeur.....	Président.
		VERGER, professeur.....	Juges.
		PÉRY, agrégé.....	
		BONNIN, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE VICTOR CABBETTE

91, Cours de la Marne, 91

1925

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSEON.

PROFESSEURS :

MM.			MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie...	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants...	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique...	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale...	DENIGÈS.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie...	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	W. DUBREULH.
Hygiène.....	AUCHE.	Clinique des maladies des voies urinaires...	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie...	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales...	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale	N.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	MOURE.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	BARTHE.
Botanique et matière médicale...	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie).

CARLES (Thérapeutique et Pharmacologie). — PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.			MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.		BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.		PAPIN.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	Chirurgie générale.....	JEANNENEY.
	N.		N.
Physique biologique et médicale...	RÉCHOU.		N.
Chimie biologique et médicale....	N.	Obstétrique.....	PÉRY.
	MAURIAC.		FAUGÈRE.
Médecine générale.....	LEURET.	Ophthalmologie.....	TEULIÈRES.
	DUPÉRIÉ.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
	CREYX.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES ET ENSEIGNEMENTS :

MM.			MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Démonstrations et Préparations pharmaceutiques	LABAT.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Chimie pharmaceutique.....	GOLSE.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Chimie minérale.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Hygiène appliquée.....	N.
Puériculture.....	ANDÉRODIAS.		
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes			N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Puisse ce modeste ouvrage être un
faible témoignage de ma reconnaissance
et de ma profonde affection.*

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HÔPITAUX
DE BORDEAUX

AUX MEMBRES DE MON JURY

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE RIVIÈRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Qui a bien voulu accepter
la présidence de notre thèse.*

L'ANALGÉSIE OBSTÉTRICALE

PAR LE

Trichloro-Butylalcool-Diallylmalonylurate d'Éthylmorphine
(HÉMYPNAL)

INTRODUCTION

« Tu enfanteras dans la douleur. »

Depuis l'anathème terrible jeté par le Créateur sur Eve pécheresse, la douleur a été liée à la procréation comme rançon de la faute première.

Il semble presque que cette impitoyable sentence ait été considérée comme un dogme, car jusqu'aux temps très rapprochés de nous la médecine ne s'est nullement souciée de soulager les douleurs de l'enfantement. Et si les civilisations les plus anciennes pullulent de divinités invoquées pour hâter la fin de l'accouchement, c'est beaucoup moins pour obtenir une atténuation de la douleur, chose que l'on jugeait impossible, que pour avoir un accouchement non dystocique et un enfant qui naisse vivant et s'élève bien, que l'on avait recours à elles.

A ce sujet, les hymnes hindous remontent bien au delà de ce que nous savons d'Arthémis invoquée par les Grecs, de

Junon et de Diane invoqués par les Romains. De nombreuses divinités secondaires gravitaient autour de ces dernières. Leur invocation était d'ailleurs des plus délicates, car elles étaient le plus souvent en désaccord entre elles.

Le Christianisme, à son tour, invoquait de nombreux saints et l'embarras devait être grand quand il fallait choisir entre eux. Les oraisons de Saint Charles Borromée et de Saint François de Sales sont célèbres. L'invocation à Saint André, pour être moins connue, ne manque pas d'être savoureuse : « O mon bon Saint André, faites qu'il ne me fasse pas plus de mal pour sortir qu'il ne m'en a fait pour entrer ».

Mais pour considérable que soit la multiplicité des invocations créées par les différentes religions, elle n'approche cependant pas de la liste sans fin des moyens et procédés employés par la sorcellerie moyenâgeuse. Leur énumération serait fastidieuse. Ici encore il s'agit plus d'obtenir un accouchement eutocique que de calmer les douleurs.

Ce n'est que depuis un siècle que l'on est sorti de ce chaos. Et c'est depuis que la chimie est venue à leur secours que les accoucheurs se sont préoccupés de calmer les douleurs de l'enfantement.

Cependant, on ne manque pas d'être frappé par le retard apporté à la solution du problème de l'analgésie obstétricale à une époque où il n'est point d'opération que le chirurgien ne puisse entreprendre sans douleurs pour le patient, où il n'est point de douleurs non justiciables d'une opération que le médecin ne puisse calmer.

C'est, qu'en effet, le problème est différent. Il s'agit d'un fait exceptionnel, unique en physiologie générale, à savoir, un acte physiologique qui s'accomplit douloureusement. Et si la médication modifie ce caractère physiologique, il risque de devenir anormal et dystocique, par exemple en

modifiant la marche et l'intensité des contractions. On conçoit également que par le fait même que l'acte est de longue durée, il risque de rendre toxique tel produit qui, employé pendant peu de temps, serait anodin. Telle dose par exemple que la mère supporterait parfaitement peut nuire à l'enfant et même le tuer.

Ceci explique l'indifférence et même la résistance opposée pendant longtemps par les accoucheurs à la solution du problème de l'analgésie obstétricale. Car la question de savoir s'il est nécessaire que la femme enfante dans la douleur semble résolue aujourd'hui. Dédaignant les considérations philosophiques ou religieuses, la médecine est arrivée à une meilleure compréhension des choses. Et il semble qu'il soit cruel, nous dirons presque barbare, aujourd'hui que la science nous a pourvu de tant de ressources, d'assister impuissants aux souffrances des malheureuses parturientes, pensant que la puissance de l'oubli viendra heureusement les soulager.

Et n'est-ce point là un remède à apporter au problème si angoissant de la natalité, à une époque qui se ressent de tant de vides que la guerre a fait parmi les forces vives de la nation ? Car nous pensons que la crainte de la douleur, sans être évidemment la seule, est une des causes qui éloignent la femme de l'accomplissement de son devoir social, aussi bien la primipare qui n'a pour elle que l'expérience des autres, que la multipare qui sait à quoi s'en tenir.

Nous n'avons pas encore trouvé le produit idéal : à la fois suffisamment actif pour supprimer la douleur, sans gêner le travail, inoffensif à la fois pour la mère et pour l'enfant ; d'administration commode et n'ayant pas besoin d'une surveillance de tous les instants pour qu'il soit aussi bien à la portée du praticien isolé que des cliniques les mieux pourvues en personnel exercé. La multiplicité des moyens employés en est la meilleure des preuves.

Cependant, le problème est posé. De toutes parts on en cherche la solution. Le moment semble proche où le terrible commandement « *et paries in dolore* » deviendra la réconfortante promesse « *et paries sine dolore* ».

C'est dans ce but que nous nous proposons d'étudier en ce modeste ouvrage un produit qui, à notre avis, est un de ceux répondant le mieux, aujourd'hui, aux desiderata des accoucheurs.

CHAPITRE I

Différents procédés employés en analgésie obstétricale.

Les accoucheurs se sont préoccupés surtout d'atténuer, sinon de supprimer la perception consciente de la douleur.

Au XVIII^e siècle, Deventer, en bon mari, rendit indolores neuf des dix couches de sa propre femme en employant des pilules d'opium. « On ne doit pas trouver étrange, écrivait-il, que j'insiste sur cette matière et sur l'importance de ce remède; ma femme, qui a eu dix enfants, n'a senti ses douleurs qu'une fois, et c'est aussi la seule où elle ne se soit point servi de ce merveilleux remède qui, grâce au Ciel, l'a toujours tirée d'affaire. »

Simpson, en 1853, se servit du chloroforme pour accoucher la reine Victoria, et sa méthode devint célèbre sous le nom de « Chloroforme à la reine ». Elle n'eut cependant pas les faveurs des accoucheurs français qui, Pajot en tête, la combattirent. Mais, quelques années plus tard, le professeur Budin devait la réhabiliter.

En 1884, Doléris, mettant à profit les études poursuivies à cette époque sur la cocaïne, devait indiquer une autre voie : il badigeonnait le col pendant le travail avec une solution de cocaïne à 4 %, tandis que Fèbres, dans le même but analgésique, injectait dans le tissu cellulaire péricervical des solutions à 1 et 2 % (métro-cocaïnisation).

Plus près de nous, la rachistovainisation de Doléris en France et de Keïss en Allemagne, et les injections épidurales de Stockel, devaient faire leur apparition, tandis que

la méthode des injections de scopolamine morphine, dite de Gaüss et préconisée par Steinbuchel, se propageait rapidement.

Tour à tour, quantité de produits furent mis à contribution; la question devint à l'ordre du jour, et les discussions des Congrès d'Obstétrique et de Gynécologie de Bruxelles en 1919, et de Genève en 1923, témoignent de l'intérêt que suscite le problème de l'analgésie obstétricale dans le monde des accoucheurs.

Il semble que l'on puisse ramener à quatre groupes distincts les différents procédés employés aujourd'hui :

- 1° Inhalation discontinue d'un produit analgésiant ;
- 2° Injection d'une substance analgésiante ;
- 3° Ingestion associée à l'inhalation ;
- 4° Absorption par la voie digestive.

Nous allons rappeler brièvement la technique de ces différents procédés, sans nous attarder à en faire une critique détaillée, nous contentant de donner un aperçu des résultats obtenus, des avantages ou des inconvénients que chacun d'eux présente.

A. — Analgésie par inhalation.

1° *Chloroforme*. — Un des premiers employés, il a conservé jusqu'à nos jours, malgré tous les procédés modernes, une place importante en analgésie obstétricale. La technique en est simple :

Sur un mouchoir plié en plusieurs doubles, on verse le chloroforme goutte à goutte dès que la contraction commence. On suspend l'inhalation dès qu'elle a disparu pour la reprendre à la contraction suivante. Au moment de la période d'expulsion, alors que la femme fait de violents efforts, on augmente un peu la dose de l'anesthésique pour que la sortie du fœtus s'effectue sans douleur.

Chez la plupart des femmes, on peut ainsi supprimer la sensibilité à la douleur sans porter atteinte aux autres sensibilités. Le travail n'est pas entravé. Le produit est très bien supporté par la mère, à condition que le foie soit intact. L'enfant respire généralement dès la naissance.

Mais les résultats obtenus sont loin d'être constants, et parfois, pour obtenir l'insensibilité, on est obligé d'aller jusqu'à l'anesthésie presque complète, ce qui ne va pas sans dangers pendant le temps parfois très long que dure le travail.

2° *Protoxyde d'azote et oxygène*. — Son emploi en obstétrique date déjà d'assez longtemps. Klikiwitsch (de Pétrograd) l'utilisa en 1880 dans 25 cas. Le vrai promoteur de la méthode semble être Webster, en 1905. La technique est analogue à celle du chloroforme. Danforth, qui rapporte une statistique de 663 cas, la précise ainsi :

Il faut surprendre par le palper la contraction avant qu'elle ne soit douloureuse. On fait alors inhaler 3 ou 4 bouffées de gaz. Si une dose minime est suffisante, on donne le protoxyde d'azote pur. Sinon on ajoute 5 à 15 % d'oxygène. On augmente peu à peu la dose à la fin de la période d'expulsion. Au moment du passage de la tête, on remplace le protoxyde par l'éther qui est mieux supporté que si on l'avait donné d'emblée. On doit surtout éviter la cyanose et l'excitation qui doivent guider dans l'administration du gaz. On ne doit jamais arriver à l'anesthésie, mais seulement à l'analgésie. Pour cela, dès que la femme s'assoupit, on supprime l'arrivée du gaz, ou bien on augmente la proportion d'oxygène. Si on croit avoir dépassé la limite, on donne de l'oxygène seul pour réveiller la femme. Si malgré ces précautions la malade se cyanose, il faut renoncer à la méthode qui devient dangereuse.

De nombreux appareils ont été inventés pour rendre cette administration commode.

Les résultats sont favorables dans 75 % des cas. Rarement on a un échec complet. La femme ne souffrant pas pousse mieux et la durée totale du travail serait, d'après Davis, abrégée.

Mais l'accident redoutable à craindre, c'est l'asphyxie, et pour la mère et pour le fœtus. Et Baldwin, sur une statistique de 1.200 cas, trouve 12 morts de fœtus, soit 1 % ! Ceci montre combien il faut être prudent dans le maniement de ce produit.

3° *Ether et chlorure d'éthyle*. — Nous ne ferons que les signaler, car l'éther, expérimenté par Simpson, n'est pas entré dans la pratique courante en analgésie obstétricale. Son emploi dangereux à cause du feu, expose en plus, de par l'administration fatalement longue pendant le travail, à de l'irritation bronchique.

Le chlorure d'éthyle est à redouter par les syncopes blanches très graves que son emploi provoque parfois.

B. — Injection d'une substance analgésiante.

1° *Scopolamine morphine*. — C'est la méthode préconisée par Steinbuchel, propagée par Gaüss et bien d'autres. Elle consiste à injecter sous la peau 3 à 6 dixièmes de milligrammes de scopolamine ajoutés à 1 centigramme de morphine. Toutes les heures, on renouvelle une injection de scopolamine seule. D'après les auteurs, on peut répéter les injections jusqu'à concurrence de 1 milligramme de scopolamine et 3 centigrammes de morphine. Gaüss se sert comme critérium de l'administration de l'épreuve dite du souvenir, basée sur l'absence de la mémoire des faits présents, chez la parturiente que l'on interroge. On obtient ainsi un état de demi sommeil, permettant à la femme d'accoucher sans douleur, tout en ayant la notion des phénomènes qui s'accomplissent.

Mais ceci ne va pas sans inconvénients, et la plupart des auteurs ont observé fréquemment une excitation générale avec manifestations cardiaques et pulmonaires. Parfois même délire, affolement du cœur et phénomènes d'asphyxie pulmonaire d'intensité variable. Fréquemment la contraction est abolie et l'on est obligé d'intervenir pour l'expulsion. L'enfant naît étonné, oubliant de respirer souvent pendant plusieurs minutes, et sa mortalité a été évaluée à 2,50 %

Cette méthode a été à peu près abandonnée en France.

2° *Somnifène*. — D'abord employé en injections intra-musculaires comme analgésique obstétrical, par le Docteur Cerné (Thèse de Paris, 1923), avec des résultats satisfaisants dans un assez grand nombre de cas, ce produit est préconisé en injections intra-veineuses par Cleiz et Perlis. Chez la multipare, l'injection est faite dès que la femme est nettement en travail. Chez la primipare, seulement quand la dilatation est à deux francs. On injecte d'emblée une forte dose, sans dépasser toutefois dix centicubes. La dose anesthésique totale ne doit pas excéder treize centicubes. Dès la piquûre, la femme commence à dormir et l'anesthésie dure trois heures et demie environ. Malgré le sommeil, les contractions persistent.

Nous n'avons pas une expérience suffisante de ce produit pour émettre un jugement personnel. Aussi, nous contenterons-nous de signaler celui de M. Escalle, qui l'a essayé à Boucicaut en injections intra-musculaires et qui, à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, lui fait les reproches suivants : ses effets sont inconstants. Il provoque une agitation violente. Enfin, après l'accouchement, les femmes restent pendant plusieurs heures, parfois même plusieurs jours dans un état de somnolence et de torpeur qui peut alarmer l'entourage. De son côté, l'enfant respire généralement dès sa naissance, mais il lui arrive de continuer à dormir sans crier pendant une ou plusieurs heures.

Notons, en outre, que sur dix observations prises à la Clinique Obstétricale de Bordeaux et dont l'interne de M. le Professeur Rivière a bien voulu nous donner connaissance, trois accouchements se sont terminés par des forceps pour souffrance fœtale.

3° *Injectons intra-rachidiennes et épidurales.* — Nous ne ferons que les signaler en passant, car elles ne sont pas entrées dans la pratique courante.

L'injection intra-rachidienne d'un anesthésique en solution (stovaïne, novocaïne), suivant la méthode chirurgicale, supprime toutes les douleurs sans porter atteinte à la contractilité de l'utérus qui, d'après Doléris et Malartic, serait même augmentée. Malheureusement, l'effet ne dure qu'une heure un quart à une heure et demie, et l'injection d'une nouvelle dose n'est pas sans inconvénients. Ceci oblige à réserver son emploi pour le moment où la dilatation est à palmar. Il faut aussi tenir compte de la difficulté considérable qu'il y a à faire une ponction lombaire chez une femme agitée par les douleurs. Kronig et Gross prétendent avoir eu des résultats heureux dans 85 à 90 % des cas.

L'injection épidurale par l'hiatus sacré situé au-dessus du coccyx a été proposée par Stoeckel. Les résultats semblent bons, mais les contractions utérines sont affaiblies, et souvent même il y a inertie pendant la délivrance. C'est pour éviter cet inconvénient que Stoeckel ajoute de la suprarénine à la solution de novocaïne qu'il emploie. Il n'aurait jamais observé de mauvais effets sur l'enfant.

C. — Ingestion associée à l'inhalation.

C'est le Docteur Rapin (de Lausanne), qui a préconisé ce procédé, basé sur la physiologie de la douleur.

On peut distinguer trois phases dans les sensations douloureuses du travail :

Dans la première, il n'y a pas à proprement parler participation des centres cérébraux au travail. Les neurones du système sympathique seuls entrent en jeu par action réflexe, et il n'y a à ce moment qu'un état d'excitation de la perception centrale, avec siège dans la zone corticale du cerveau, se manifestant par l'augmentation de la sensibilité générale, l'anxiété, les douleurs vagues des lombes et du bas-ventre.

Dans la deuxième, le travail avançant, les nerfs périphériques sont excités par l'extension progressive des tissus du col, la compression provoquée par le spasme du muscle utérin. La souffrance est alors perçue par les neurones de l'écorce cérébrale.

Dans la troisième, l'excitation périphérique et la perception centrale, dus à la distension de la vulve et du vagin, sont soumis au contrôle de la volonté, entrent en jeu pour guider et activer l'accouchement et se manifestent par la volonté d'expulsion du corps étranger.

Ces données ont conduit le Docteur Rapin à user d'une technique qui est la suivante :

A la première phase, il emploie des substances ayant une action sédative sur l'écorce cérébrale : bromure de sodium, sédobrol, véronal, chloral, substances qui ne sont pas toxiques pour l'enfant. La sensibilité corticale étant ainsi diminuée, la période de dilatation est toute différente : l'anxiété a totalement disparu et, entre les contractions, la parturiente est absolument calme. La dilatation peut même aller loin avant que la douleur ne soit pénible. L'auteur déconseille à ce moment la morphine et le pantopon, qui sont mal supportés par l'enfant et ralentissent notablement le travail.

On entre à ce moment dans la deuxième phase. Il faut s'adresser à un analgésique réduisant la sensibilité périphérique. Il suffit d'ailleurs qu'il agisse juste au moment de la contraction : l'auteur fait inhaler du chloréthyl au début de chaque douleur.

La troisième phase est constituée par l'expulsion. Au moment du passage de la tête à la vulve, il n'est pas besoin que la femme soit éveillée : on fait inhaler alors du chloroforme.

L'auteur n'a jamais eu d'inertie utérine, ni d'enfant mort.

D. — Absorption par la voie digestive.

Cette méthode présente de gros avantages : elle ne comporte aucune technique compliquée. Elle est à la portée de tout le monde. Elle ne demande pas une surveillance de tous les instants. Elle échappe enfin au reproche si légitime fait aux injections, qui introduisent brutalement dans le torrent circulatoire des substances étrangères qui n'ont pas subi la filtration intime de nos tissus, et dont en fin de compte nous ignorons si elles sont absolument inoffensives pour notre organisme.

C'est Hussy qui a remis cette méthode en faveur, en employant des pastilles à association d'abord de Dial et d'Héroïne, et ensuite de Dial et de Dionine, connues sous le nom de Tachin. Il obtint des résultats remarquables, que Krafft confirma à la Maternité de Lausanne.

Il restait cependant un certain nombre de cas où l'action analgésiante était insuffisante, et sous l'instigation du professeur Rossier la formule primitive fut légèrement modifiée. C'est ainsi que l'on arriva peu à peu au produit que nous nous proposons d'étudier, et qui, sous une composition chimique à peu près semblable, possède une action plus énergique.

CHAPITRE II

L'analgésie obstétricale par l'Hémypnal.

Étude chimique

L'hémypnal est un trichloro-butylalcool diallylmalonylurate d'éthylomorphine. Il résulte de la combinaison des trois éléments suivants :

Dial;

Ethylomorphine;

Alcool trichlorobutylique tertiaire.

1° *Dial*. — Le dial est obtenu par la liaison de la malonylurée ou acide barbiturique avec deux radicaux allyle. Sa désagrégation dans l'organisme est rapide et poussée assez loin pour qu'il soit impossible de le retrouver dans les urines. D'après les expériences publiées par les laboratoires Ciba, il se transformerait en urée, en anhydride carbonique et en eau, ce qui lui permet de s'éliminer sans aucune fatigue des organes. C'est un hypnotique actif, qui administré aux doses thérapeutiques, provoque un état d'assoupissement qui conduit rapidement à un sommeil en tout point semblable au sommeil normal.

2° *Ethylomorphine*. — Sous forme de chlorhydrate, elle constitue la dionine, dont les propriétés analgésiques et sédatives sont bien connues. La dionine, comme on le sait, est l'homologue de la codéine (méthylmorphine). Son action se rapproche plus de cette dernière que de la morphine.

Sa combinaison avec le dial donne lieu à la formation du diallylmalonylurate d'éthylomorphine, qui forme la base du dial (61 d'éthylomorphine pour 39 de dial), dont le pouvoir narcotique est beaucoup plus prononcé que celui du dial et qui possède en outre des propriétés analgésiques marquées.

3° *Alcool trichlorobutylique tertiaire.* — C'est la chlorétone, désignée encore sous le nom d'acétone chloroforme, qui dans l'organisme se dédouble en donnant naissance vraisemblablement à l'acétone et au chloroforme. Il en résulte que l'action analgésique de l'association dial éthylomorphine se trouve encore plus prononcée du fait du pouvoir anesthésique et hypnotique du chloroforme libéré.

On pourrait craindre que le premier de ces corps n'ait une action toxique : en réalité, celle-ci est pratiquement négligeable, 1 gramme de chlorétone ne pouvant mettre en liberté que 33 centigrammes d'acétone.

L'association diallylmalonylurate d'éthylomorphine et chlorétone, qui constitue l'hémypnal, est faite dans les proportions suivantes :

Diallylmalonylurate d'éthylomorphine....	34
Alcool trichlorobutylique tertiaire.....	966

Propriétés physiologiques.

Elles résultent des considérations que nous allons exposer.

Le dial, hypnotique direct, agit immédiatement sur le système nerveux central, en calmant l'irritabilité de l'écorce cérébrale, et la dionine, hypnotique indirect, agit sur l'élément sensitif en supprimant la douleur périphérique.

Le premier, à forte dose, celle par exemple nécessaire à obtenir l'analgésie obstétricale, risque d'entraîner un état de sommeil véritable pendant lequel le travail est entièrement suspendu.

Le deuxième, dérivé morphinique, à la dose nécessaire à obtenir l'analgésie sans association médicamenteuse, exerce un effet retardant sur la contraction utérine, sans compter l'action néfaste sur l'enfant et même sur la mère.

La composition de l'hémypnal tient compte de ces faits et les doses de ces deux produits sont assez faibles pour éviter les inconvénients que nous venons de signaler et que chacun d'eux présente isolément. Pour compléter et renforcer leur action, on leur a associé la chlorétone qui, ainsi que nous l'avons vu, agit comme le chloroforme et donne une anesthésie passagère et peu profonde.

L'hémypnal, ainsi qu'en témoigne la bibliographie, a déjà été utilisé en obstétrique sur une assez vaste échelle; signalons ici l'emploi qu'en a fait Weber pour combattre la rigidité du col pendant la période de la dilatation.

Indépendamment de l'usage obstétrical, ses propriétés analgésiques ont été mises à profit par les urologistes. C'est ainsi que le professeur Legueu l'utilise à l'hôpital Necker pour les petites interventions et éviter les douleurs consécutives au tamponnement de Marion après les prostatectomies.

Mode d'emploi. — On peut l'administrer soit en cachets soit en suppositoires.

Chaque cachet contient 0^{gr}0228 de diallylmalonylurate d'éthylmorphine et 0^{gr}50 de chlorétone.

Chaque suppositoire contient 0^{gr}045 de diallylmalonylurate d'éthylmorphine et 0^{gr}655 de chlorétone.

Il faut attendre, pour l'administration, que la dilatation soit de 1 à 2 francs. La dose normale pour un accouchement est de 5 à 8 cachets ou de 3 suppositoires. Il ne faut pas dépasser 10 cachets ou 4 suppositoires par 24 heures.

En général, on administre le premier cachet à 1 ou 2 francs; ensuite un cachet toutes les heures suivant les manifestations de la parturiente, mais en en réservant un pour le début de la période d'expulsion.

De même, on administre un premier suppositoire à 2 francs. Un autre 2 heures après. Un troisième, si besoin est, 3 heures après le second. On en réserve un pour le début de la période d'expulsion.

CHAPITRE III

Observations.

Observations dues à l'obligeance du Dr BOURSIER, ancien Chef de clinique
à la Clinique Obstétricale de Bordeaux.

OBSERVATION I

Marthe B..., 21 ans, primipare.

Début du travail le 7 septembre, à 15 heures. Contractions régulières et douloureuses.

A 20 h. 20, la dilatation est à 1 franc.

A une heure d'intervalle, on administre deux cachets d'hémypnal. Les contractions, tout aussi fréquentes, deviennent moins douloureuses, et entre elles la malade sommeille.

Le 8 septembre, à 5 heures, la dilatation est à 5 francs. On donne un troisième cachet. A 12 h. 35, la dilatation est à palmaire et on en donne un quatrième. Pendant tout ce temps, la malade sommeille entre les contractions. Ces dernières sont régulières et très peu douloureuses.

L'expulsion dure de 13 heures à 14 h. 10. La malade crie un peu pendant cette période, mais avoue que c'est par peur.

La durée totale du travail a été de 23 h. 30.

L'état de l'enfant est bon.

La délivrance se fait 20 minutes après, sans que la malade ait perdu plus que normalement.

OBSERVATION II

Gabrielle V..., 17 ans, primipare.

Début du travail le 9 septembre, à 18 heures. Contractions régulières et douloureuses.

Le 10 septembre, à 4 h. 20, la dilatation est à 1 franc. On donne un cachet d'hémypnal. Les contractions aussi régulières deviennent très supportables.

A 5 h. 20, dilatation à 5 francs. On donne un deuxième cachet. Les contractions sont aussi régulières mais sont redevenues douloureuses. Troisième cachet à 6 h. 20. Les contractions sont énergiques et la malade agitée. A 7 heures, on fait une application de forceps, vu l'état de la mère dont la température est à 39° (respiration soufflante au sommet droit, frottements à la base gauche).

Etat de l'enfant : bon.

Délivrance demi-heure après.

OBSERVATION III

Louise L..., 27 ans, primipare.

Début du travail le 10 septembre, à 22 h. 30. Contractions régulières.

A 23 h. 30, la dilatation est à 1 franc. On donne trois cachets à une heure d'intervalle chaque. Les contractions deviennent peu douloureuses et, entre elles, la malade est somnolente.

Le 11 septembre, à 10 heures, on donne un quatrième cachet. La dilatation se complète une heure après avec des contractions très peu douloureuses.

On rompt les membranes. Liquide teinté de méconium. Bruits fœtaux irréguliers. La tête descend peu. On fait un forceps et on trouve un circulaire très serré.

L'enfant est étonné.

La délivrance se fait normalement.

OBSERVATION IV

Madeleine D..., 20 ans, primipare.

Début du travail le 18 septembre, à 10 heures. Contractions régulières et douloureuses.

A 20 h. 30, la dilatation est à 1 franc. On donne un cachet. Les contractions gardent la même régularité et sont moins douloureuses. Demi-heure après, comme elles redeviennent douloureuses, on donne un deuxième cachet, suivi de deux autres à une heure d'intervalle chaque. A partir de ce moment les contractions régulières, très peu douloureuses, s'espaceront légèrement.

La dilatation se complète le 19, à 7 heures. L'expulsion se fait à 9 h. 30.

L'état de l'enfant est bon.

La délivrance se fait normalement.

OBSERVATION V

Marthe-Louise G..., 23 ans, primipare.

Début du travail le 30 septembre, à 3 heures. Contractions régulières et douloureuses.

A 8 heures, la dilatation est à 2 francs.

On donne deux cachets d'hémypnal à demi-heure d'intervalle. Les douleurs persistent mais sont très atténuées.

A 10 heures, troisième cachet. A partir de ce moment, les contractions sont peu douloureuses. La malade est très calme. La dilatation est complète à 14 heures.

L'expulsion se fait en une heure, la malade poussant à chaque contraction sans se plaindre.

L'état de l'enfant est bon.

La délivrance se fait cinq minutes après l'accouchement.

OBSERVATION VI

Eva P..., 19 ans, primipare.

Début du travail le 3 octobre, à 5 heures. Contractions régulières et douloureuses.

A demi-heure d'intervalle, on donne deux cachets, la dilatation étant à 1 franc à 9 h. 30. Les contractions deviennent moins douloureuses et entre elles la malade sommeille.

A 12 heures, dilatation à 5 francs. On donne un troisième cachet, les contractions étant redevenues douloureuses. Aucun résultat n'est constaté.

Dilatation complète à 14 heures.

Expulsion à 15 heures.

Etat de l'enfant bon.

Délivrance naturelle demi-heure après.

OBSERVATION VII

Marie J..., 30 ans, secondipare.

Début du travail le 3 octobre, à 20 heures. Contractions régulières et douloureuses.

A 0 h. 30, dilatation à 1 franc.

On donne deux cachets à une heure d'intervalle.

Un quart d'heure après le premier cachet, l'effet est produit : les contractions régulières sont à peine senties par la mère, qui est somnolente.

La dilatation est complète à 2 h. 30.

L'expulsion est terminée à 3 heures, la malade poussant sans souffrir.

Etat de l'enfant bon.

Délivrance naturelle un quart d'heure après.

OBSERVATION VIII

Marie C., 19 ans, primipare.

Début du travail le 5 octobre, à 8 heures. Contractions régulières assez douloureuses.

A 15 heures, la dilatation est à 2 francs.

On donne deux cachets à une heure et demie d'intervalle. On constate une diminution nette des douleurs dès le premier cachet.

A 19 h. 45, on donne un troisième cachet. Les contractions sont douloureuses mais très supportables.

Dilatation complète à 23 heures.

Expulsion à 23 h. 40. La malade poussant à chaque contraction sans se plaindre.

Etat de l'enfant bon.

Délivrance naturelle 40 minutes après.

OBSERVATION IX

Antoinette B., 26 ans. Secondipare.

Début du travail le 6 octobre, à 23 heures. Contractions fréquentes, douloureuses.

Le 7 octobre, à 4 heures, dilatation à 1 franc. A deux heures d'intervalle, on donne deux cachets. Les contractions restent fréquentes et douloureuses. La malade ne crie plus cependant, et accuse un besoin de dormir.

Une heure après, on donne un troisième cachet. La dilatation ne progresse pas (2 francs) et la malade sommeille.

A 13 heures, elle est à petite palmaire et y restera jusqu'à 16 heures, malgré une injection d'extrait hypophysaire.

La température maternelle étant de 38°8, on termine par un forceps.

Enfant en bon état.

Délivrance artificielle pour petite hémorragie.

OBSERVATION X

Céline A..., 35 ans.

Début le 18 octobre, à 23 heures. Contractions énergiques rapprochées. La malade crie.

Le 19, à 1 h. 15, la dilatation est à 1 franc. A trois quarts d'heure d'intervalle on donne deux cachets d'hémypnal.

Les contractions, régulières et fortes, deviennent moins douloureuses et la malade se plaint moins.

La dilatation est complète à 2 h. 30.

L'accouchement a lieu à 4 heures, les contractions s'espçant vers la fin de la période d'expulsion.

L'enfant crie aussitôt.

La délivrance se fait normalement 20 minutes après.

OBSERVATION XI

Berthe R..., 18 ans, primipare.

Contractions régulières et douloureuses.

À 23 heures, le 18 octobre, dilatation à 1 franc. A demi-heure d'intervalle on donne deux cachets sans modification sensible des douleurs.

A minuit la dilatation est complète, et l'expulsion a lieu à 1 heure du matin.

Etat de l'enfant bon.

Délivrance 30 minutes après. Rétention des membranes.

OBSERVATION XII

Louise I..., 30 ans, primipare.

Début du travail le 18 octobre, à 22 heures. Contractions douloureuses. Perd les eaux à 23 heures.

A 1 h. 15, dilatation à 1 franc. A trois quarts d'heure d'intervalle, on donne deux cachets d'hémypnal. Les contractions

deviennent moins douloureuses et la malade se plaint moins. Entre elles, la malade sommeille.

A 3 h. 15, la dilatation est à petite palmaire. Les contractions redevenant douloureuses, on donne un troisième cachet. Elles redeviennent beaucoup moins douloureuses.

Dilatation complète à 4 heures.

Les contractions s'espaçant et la malade poussant mal, à 6 h. 15 et 7 heures on fait un demi-centicube d'extrait hypophysaire.

Accouchement à 7 h. 45. Episiotomie (vulve petite et mal orientée).

Enfant crie aussitôt.

Délivrance normale.

OBSERVATION XIII

Marthe D..., 20 ans, primipare.

Début du travail le 20 octobre, à 7 heures. Contractions douloureuses et régulières.

A 14 heures, dilatation à 1 franc. On donne deux cachets à deux heures d'intervalle.

L'atténuation des douleurs est nette au deuxième cachet seulement.

Dilatation complète à 18 heures.

Expulsion à 18 h. 45.

Gros enfant qui crie aussitôt.

Délivrance normale 20 minutes après.

OBSERVATION XIV

Marie-Louise H..., 18 ans, primipare.

Début du travail le 29 octobre, à 7 heures du matin. Douleurs très fortes presque insupportables.

A 9 h. 30, la dilatation est à 2 francs. On administre un

suppositoire à l'hémypnal. La malade se calme complètement et sommeille entre chaque douleur.

Deuxième suppositoire à midi. Même état. Mais le travail marche assez lentement.

L'expulsion se fait sans douleurs à 6 heures du soir.

L'état de l'enfant est bon.

La délivrance normale.

OBSERVATION XV

Louise G..., 19 ans, primipare.

Début du travail le 31 octobre, à 3 heures. Contractions régulières très douloureuses.

La poche des eaux se rompt à 5 heures.

A 6 h. 30, la dilatation est à 1 franc.

A une heure et demie d'intervalle chaque, on administre trois suppositoires.

La malade, très nerveuse (elle crie lorsqu'on lui met son suppositoire), se calme. Les contractions sont moins douloureuses, et entre elles la femme sommeille.

Dilatation complète à 13 heures.

A 15 h. 30, l'expulsion ne se faisant pas malgré les contractions régulières, on termine par un forceps.

Gros enfant qui crie aussitôt (3 kil. 500).

Délivrance normale.

Observations personnelles prises à la Clinique Obstétricale dans le service
de M. le Professeur RIVIÈRE.

OBSERVATION I

M^{me} D..., 20 ans, primipare.

Début du travail le 15 novembre, à 5 heures.

A 5 heures, l'œuf se rompt. A 9 heures, la dilatation est à 50 centimes. La malade crie et s'agite.

A une heure et demie d'intervalle chaque, on donne trois suppositoires. Les contractions demeurent régulières et la douleur est nettement calmée.

A 14 heures, la dilatation est complète.

A 17 heures, la tête ne progressant pas, malgré les contractions régulières (la malade s'obstine à ne pas pousser), on termine par un forceps.

L'enfant crie aussitôt.

Délivrance normale.

OBSERVATION II

M^{me} L..., 25 ans, primipare.

Début du travail le 1^{er} décembre, à 3 heures. Contractions régulières et douloureuses.

A 11 h. 20, la dilatation est à 2 francs. On donne un suppositoire. Une heure après, les contractions sont aussi régulières, moins douloureuses, et entre elles la malade est somnolente.

A 14 heures, les contractions sont énergiques et douloureuses. La dilatation est à 5 francs. On donne deux suppositoires à deux heures d'intervalle. A 16 h. 10, la dilatation est complète. L'expulsion est terminée à 16 h. 25, la malade criant et poussant énergiquement à chaque contraction.

Elle déclare cependant qu'elle n'a pas souffert sauf au moment du passage de la tête à la vulve.

Enfant en bon état.

Délivrance normale une heure après.

OBSERVATION III

Elise D..., 22 ans, primipare.

Début du travail le 2 décembre, à 4 heures. Contractions régulières et douloureuses.

A 11 h. 20, la dilatation est à 5 francs. A deux heures d'intervalle on administre deux suppositoires à l'hémypnal. Les douleurs, au dire de la malade, sont légèrement calmées.

A 13 h. 40, la dilatation est complète. En 40 minutes l'expulsion est terminée avec des contractions énergiques, la malade poussant très bien.

L'enfant crie aussitôt.

Délivrance normale deux heures après.

OBSERVATION IV

Marie-Thérèse B..., 21 ans, primipare.

Début du travail le 5 décembre, à midi. Contractions fréquentes et douleur continue.

Le 6 décembre à 10 heures, la dilatation est à 5 francs. On donne un suppositoire d'hémypnal P.

Les douleurs deviennent régulières, se produisant toutes les deux ou trois minutes, et la malade ne se plaint qu'au maximum de la contraction. L'atténuation de la perception douloureuse des contractions est très nette.

Cependant, la marche du travail est extraordinairement rapide. Et, à 11 h. 15, l'expulsion se fait, non douloureuse.

Etat de l'enfant bon. Délivrance normale.

OBSERVATION V

Marcelle L..., 21 ans, primipare.

Début du travail le 6 décembre, à 22 h. 25. Violentes douleurs dans les reins.

A 22 h. 55, la dilatation est à 2 francs. A une heure et demie d'intervalle chaque, on donne deux suppositoires d'hémypnal P. Une heure après l'administration du premier, l'action est manifeste. La malade souffre beaucoup moins et est calme entre les contractions.

A 1 heure du matin, la dilatation est complète. A partir de ce moment, la malade est calme, ne souffre pas et pousse très bien à chaque contraction. L'expulsion se fait très rapidement (20 minutes) et est indolore.

L'enfant crie aussitôt.

La délivrance normale un quart d'heure après.

OBSERVATION VI

Renée D..., 33 ans, secondipare.

Début du travail le 6 décembre, à 17 heures.

Douleurs peu accentuées. Femme très déprimée.

A 23 h. 55, la dilatation est à 1 franc. On donne à ce moment un suppositoire d'hémypnal P.

La malade se plaint sans arrêt jusqu'à 0 h. 35. A partir de ce moment, calme absolu.

A 1 h. 30, la dilatation est complète. On donne un deuxième suppositoire.

L'expulsion se fait en 20 minutes, la malade poussant régulièrement sans aucune plainte.

L'enfant crie aussitôt après sa naissance.

Délivrance normale 25 minutes après.

OBSERVATION VII

Marie L..., 33 ans, secondipare.

Début du travail le 7 décembre, à 9 h. 30. Douleurs régulières.

A 14 h. 15, la dilatation étant à 1 franc, on donne un suppositoire P suivi d'un autre une heure après. Les contrac-

tions, régulières et rapprochées, deviennent sensiblement moins douloureuses.

A 15 h. 45, la dilatation est complète et l'expulsion se fait en un quart d'heure.

Petit enfant (1.700 grammes), en bon état.

Délivrance 20 minutes après.

OBSERVATION VIII

Paulette S..., 23 ans, primipare.

Début des contractions douloureuses à 15 h. 30, le 7 décembre. A 19 h. 10, dilatation à 5 francs. On administre un suppositoire d'hémypnal P. Une heure après, les contractions sont régulières, peu douloureuses. La malade se déclare considérablement soulagée et accuse un besoin de dormir.

A 21 heures, dilatation à grande palmaire. On donne un deuxième suppositoire P.

L'expulsion se fait à 23 heures, sans aucune douleur ; la malade poussant régulièrement.

Enfant en bon état.

Délivrance normale.

OBSERVATION IX

Yvonne L..., 26 ans, primipare.

Début du travail le 7 décembre, à 12 heures.

La malade a perdu les eaux à 4 heures du matin.

A 14 h. 30, la dilatation est à 1 franc. On donne un suppositoire P, suivi d'un autre deux heures et demie après à la dilatation complète. L'action analgésique est parfaite.

Mais, à 19 heures, on termine par un forceps, la tête ne progressant pas. Les contractions sont à peu près normales mais la malade s'obstine à ne pas pousser.

Gros enfant en bon état.

Délivrance naturelle.

OBSERVATION X

Léonie C..., 19 ans, primipare.

Début du travail le 11 décembre, à 14 heures. Contractions fréquentes, violentes et douloureuses. Tête non engagée. Promontoire accessible à 11 centimètres.

Le 12 décembre, à 3 h. 15, la dilatation est à 2 francs. On donne un suppositoire d'hémypnal P. Contractions un peu moins fréquentes et aussi douloureuses. Une heure après, la dilatation est à palmaire. On donne un deuxième suppositoire. Pas de modification des douleurs.

Dilatation complète à 4 h. 30.

L'expulsion est terminée une heure après. La tête présente un chevauchement accentué des pariétaux.

Gros enfant pesant 3 kil. 700, en bon état.

Légère déchirure du périnée.

Délivrance normale.

OBSERVATION XI

Suzanne D..., 21 ans, primipare.

Début du travail le 12 décembre, à 21 heures. Contractions régulières et douloureuses.

Le 13 décembre, à 2 h. 45, la dilatation est à 2 francs. On donne un premier suppositoire d'hémypnal P.

Les contractions deviennent peu douloureuses, sont régulières et assez fréquentes.

A 4 h. 30, le col est à 5 francs. A deux heures d'intervalle, on administre le deuxième et le troisième suppositoire.

La malade se plaint au maximum de la contraction. Le reste du temps elle semble dormir. Les contractions sont régulières.

A 8 h. 30, la dilatation est complète. L'expulsion dure deux heures, la malade poussant mal. Elle se plaint très peu et au moment des contractions seulement.

Gros enfant de 3 kil. 700 en bon état.

Délivrance normale.

OBSERVATION XII

Marie L..., 20 ans, primipare.

Début du travail le 12 décembre, à 17 heures. Contractions régulières et douloureuses.

A 22 h. 45, la dilatation est à 2 francs.

A une heure et demie d'intervalle chaque, on donne trois suppositoires d'hémypnal P. Entre les contractions, la malade est somnolente, mais celles-ci sont aussi douloureuses et la malade pousse des cris perçants quand elles se produisent.

A partir de 2 h. 20 cependant, la malade se calme complètement.

A 2 h. 30, la dilatation est complète.

La malade pousse convenablement à chaque contraction sans se plaindre, et l'expulsion est terminée à 3 heures.

Épisiotomie. Gros enfant de 3 kil. 500 en bon état.

Délivrance normale.

OBSERVATION XIII

M^{me} D..., 19 ans, primipare.

Début du travail à 2 heures du matin. Contractions régulières et douloureuses.

A 12 h. 50, dilatation à 5 francs. A une heure d'intervalle chaque, on donne deux suppositoires. Au bout d'un moment, les contractions aussi régulières sont devenues moins douloureuses.

Le travail se poursuit normalement, la malade étant très calme. Elle pousse régulièrement, ne crie pas et, dans l'intervalle des contractions, paraît s'assoupir.

Expulsion rapide avec légère déchirure.

Enfant en bon état.

Délivrance naturelle.

OBSERVATION XIV

Carmen D..., 29 ans.

Début du travail le 13 décembre, à 12 heures. Douleurs régulières toutes les cinq minutes.

A 17 h. 30, la dilatation est à 5 francs.

A une heure et demie d'intervalle chaque, on administre trois suppositoires d'hémypnal. Entre les douleurs qui demeurent régulières la malade est calme, mais l'intensité de celles-ci n'est pas notablement modifiée.

La dilatation est complète à 22 heures.

L'accouchement a lieu une heure après.

Enfant en bon état.

Délivrance normale.

OBSERVATION XV

Renée B..., 21 ans, primipare.

Début du travail à 8 heures. Douleurs violentes et régulières.

A 14 heures, la dilatation est à 2 francs. On donne deux suppositoires à deux heures d'intervalle chaque. Les contractions sont aussi régulières mais la malade est devenue calme entre elles, et en particulier la douleur continuelle des reins dont elle se plaignait a disparu.

A 18 heures, la dilatation est à grande palmaire et on donne un troisième suppositoire. L'accouchement a lieu deux heures après, la malade poussant régulièrement.

L'enfant crie aussitôt.

Délivrance naturelle.

CHAPITRE IV

Étude critique des observations.

Parmi les observations que nous avons prises, nous n'avons voulu rapporter que les plus démonstratives, c'est-à-dire celles faites sur des primipares et des secundipares. Nous avons laissé de côté celles faites chez des multipares; le fait que chez ces dernières l'accouchement est parfois très peu pénible pouvant fausser les résultats.

Notons tout de suite que dans neuf des observations personnelles que nous rapportons nous avons employé des suppositoires à l'hémypnal P, dont la composition diffère de celle donnée plus haut en ce sens que chacun d'eux renferme 0^{gr}25 de diméthyl-amino-antipyrine, tandis que la dose d'alcool trichloro-butylique tertiaire y est réduite à 0^{gr}20.

Nous nous proposons, dans ce chapitre, d'étudier les observations que nous rapportons aux points de vue suivants :

- 1° Effets sur la mère;
- 2° Effets sur l'enfant;
- 3° Marche du travail;
- 4° Suite de couches;
- 5° Effet analgésique.

1° *Effets de la médication sur la mère.* — Nous n'avons jamais observé d'accident du côté maternel : aucun trouble ni pendant ni après le travail. Et à ce point de vue, il semble que l'hémypnal soit absolument inoffensif pour les

parturientes, à condition de rester dans les doses indiquées et de tenir compte des contre-indications que nous signalerons plus loin.

2° *Effets sur l'enfant.* — Les mêmes observations s'appliquent à l'enfant. Nous n'avons jamais observé de souffrance fœtale : une seule fois nous sommes intervenu pour cette raison et il s'agissait d'un circulaire très serré du cou (obs. III, du Docteur Boursier). Dans toutes nos observations, l'enfant est en bon état et respire et crie dès sa naissance. Et il semble qu'il reste complètement indifférent à la médication que l'on fait subir à la mère.

3° *Marche du travail.* — La marche du travail est assez variable quant à la durée. Mais, d'une façon générale, nous avons observé qu'elle était plutôt rapide.

Dans trois observations du Docteur Boursier il fut ralenti (obs. I, IX et XII). Etudions-les de près et voyons si la médication peut en être incriminée.

Dans la première, il s'agit d'une primipare chez qui le travail a duré au total 23 h. 30. Mais à aucun moment le travail n'a subi un arrêt. Les contractions ont été toujours régulières. Elles ne se sont expacées légèrement qu'à la fin de la période d'expulsion, qui d'ailleurs n'a duré que 1 h.10. La malade a accouché sans aucune intervention. L'effet analgésique fut excellent. Nous ne pensons pas devoir incriminer la médication, un travail de cette longueur n'étant pas chose très rare chez une primipare.

Dans la deuxième, le travail a subi un arrêt de 3 heures malgré une injection d'extrait hypophysaire. Il n'y eut aucune souffrance fœtale. Le travail durait depuis 16 heures lorsqu'on intervint par un forceps à la dilatation palmaire. Il est difficile de nous prononcer sur ce cas, car nous n'avons pu recueillir de renseignements sur l'état de la mère. Son état général (température 38°8) commanda l'intervention.

Dans la troisième de ces observations, le travail fut plutôt rapide, mais la période d'expulsion dura 3 h. 45. On observe un ralentissement des contractions. La malade poussait d'ailleurs très mal. Un demi centicube d'hypophysine fut injecté à deux reprises, la tête étant à la vulve, ce qui réactiva les contractions. Il est probable que cet arrêt fut dû à la fatigue de l'utérus dont les efforts venaient se butter sur un obstacle périnéal constitué par une vulve petite et mal orientée, ce qui nécessita du reste une épisiotomie. Nous ne croyons donc pas que la médication soit incriminable. L'accouchement se fit d'ailleurs sans autre intervention.

Quatre de nos observations (IV, V, VI et VII) méritent d'être mentionnées pour la rapidité particulière du travail que nous y avons observé. Notons que nous y avons employé l'hémypnal P. Dans les observations VI et VII, il s'agit de secundipares, et la dernière avait un enfant ne pesant que 1.700 grammes. Ceci suffit peut-être à expliquer cette rapidité. Mais, dans les observations IV et V, il s'agit de primipares ayant expulsé de beaux enfants. Chez la première, un seul suppositoire fut administré à 10 heures du matin, la dilatation étant à 5 fracs. 1 h. 15 après l'expulsion avait lieu sans douleurs. Chez la deuxième, on administra deux suppositoires, le premier étant donné à 22 h. 55, à une dilatation de 2 fracs. 2 h. 30 après, l'expulsion avait lieu sans douleurs.

L'effet analgésique parfait obtenu dans ces deux cas n'est pas étranger à cette rapidité, exceptionnelle chez des primipares. L'expulsion fut particulièrement rapide, car les parturientes, ne souffrant pas, poussèrent régulièrement à chaque contraction.

Dans quatre des observations du Docteur Boursier (II, III, IX et XV) et deux des nôtres (I, IX), on fut obligé d'intervenir par des forceps pour terminer l'accouchement. Voyons quelles en furent les raisons.

Dans l'observation II, il s'agissait d'une mère bacillaire. On intervint pour hâter l'accouchement, alors que le travail marchait très bien, pour éviter à la femme une fatigue qui eut été nuisible à son état général.

Dans l'observation III, ce fut, comme on l'a vu plus haut, pour souffrance fœtale causée par un circulaire serré. Le travail avait marché très régulièrement.

Dans le cas de l'observation IX, comme on l'a vu plus haut, on intervint vu l'état de la mère sur lequel nous ne pouvons nous prononcer avec plus de précisions, faute de renseignements.

Dans l'observation XV, il s'agissait d'une primipare de 19 ans qui expulsa un gros enfant. Le travail marcha très régulièrement. On intervint sans que l'état de la mère ni celui de l'enfant n'inspirent aucune inquiétude, simplement parce que la période d'expulsion durait depuis 2 h. 30, malgré des contractions régulières, et que la parturiente poussait très mal.

Ce fut exactement les mêmes motifs qui nous conduisirent au forceps dans les observations I et IX, alors que les contractions étaient très convenables et que ni la mère ni l'enfant n'inspiraient aucune inquiétude.

Nous constatons donc que dans tous ces cas l'intervention a été indiquée, soit par l'état de la mère, dont la cause était indépendante de la médication employée, soit par un phénomène banal que l'on rencontre dans bien des accouchements normaux où la médication n'est pas intervenue.

En résumé, nous pouvons conclure que l'hémypnal, administré en temps opportun, n'entrave nullement le travail. En bien des cas, il l'accélère au contraire et le régularise. Le moment propice pour son administration est celui où le travail est nettement déclanché avec dilatation à 1 ou 2 francs.

Il convient de signaler, en outre, une action particulière sur laquelle certains auteurs ont insisté et que nous n'avons pas eu l'occasion de constater. Dans les cas d'hypertonie

utérine, l'hémypnal fait cesser la contracture comme un véritable ocytocique et régularise le travail. Il combat en outre avantageusement la rigidité du col.

4° *Suites de couches.* — Nous n'avons jamais constaté d'influence fâcheuse. La délivrance s'est faite toujours normalement. La rétraction utérine a été toujours correcte et la perte sanguine normale. Une seule fois (obs. IX, du Docteur Boursier) nous sommes intervenu pour une petite hémorragie et avons fait une délivrance artificielle. Nous avons déjà parlé plus haut de ce cas là.

5° *Effet analgésique.* — Dans la plupart des cas, nous avons obtenu un effet analgésique très net. Il ne s'agit pas évidemment d'une anesthésie complète. La femme ne perd nullement la notion de ce qui se passe autour d'elle. Elle perçoit ses contractions, mais, dans la majorité des cas, l'élément douleur est très notablement diminué. Dans quelques cas, nous l'avons observé absolument aboli. Entre les contractions, la femme est calme et se repose. Parfois elle est somnolente. D'une façon générale, les douleurs du travail sont rendues très supportables, les femmes sont considérablement calmées et déclarent elles-mêmes à la fin du travail : j'ai été très soulagée par les cachets.

L'effet commence généralement à se manifester demi-heure après l'administration avec les cachets; trois quarts d'heure à une heure après avec les suppositoires. D'autres fois, nous n'avons pas obtenu de résultat bien appréciable. Tout au plus si la femme était plus calme entre les contractions, mais la douleur provoquée par celles-ci ne semblait pas notablement diminuée.

Enfin, dans quelques rares cas, la médication semble n'avoir produit aucun effet.

Nos essais nous conduisent à peu près aux mêmes résultats que ceux publiés par les divers auteurs (Rossier, Van Rooy, Hamm).

Dans 60 % des cas, nous avons obtenu une analgésie tout à fait satisfaisante.

Dans 20 % des cas, la douleur des contractions n'a pas été sensiblement diminuée, mais nous avons observé qu'entre celles-ci la femme était plus calme et reposait mieux.

Enfin, dans 20 % des cas, la médication semble n'avoir donné aucun résultat, proportion que l'on observe d'ailleurs avec toutes les méthodes.

Indications et contre-indications.

Il y a toujours indication à l'emploi d'un anesthésique obstétrical à condition qu'il n'entrave pas le travail et qu'il ne nuise ni à la mère ni à l'enfant. Nous avons suffisamment exposé les propriétés de l'hémypnal pour que nous n'ayons pas besoin d'insister davantage sur ce sujet.

Mais son emploi semble particulièrement indiqué chaque fois que l'accouchement donne lieu à une véritable souffrance; les primipares, chez qui la période de dilatation est longue et pénible, les femmes nerveuses et émotives.

Nous avons vu, en outre, l'action favorable exercée par l'hémypnal sur l'hypertonie utérine et la rigidité du col.

Une seule contre-indication nous semble formelle : ce sont les utérus atones.

Dans les bassins limités, le Docteur Raillon (Thèse de Lyon) prétend l'avoir usé sans inconvénients. Dans notre observation X, il s'agissait d'un promontoire accessible à 11 centimètres, et l'accouchement s'est effectué convenablement. Néanmoins, dans les dystocies du bassin, nous préférons être réservé sur son emploi, car l'inertie utérine pourrait quelquefois en résulter.

Il convient de même d'être réservé dans l'albuminurie et l'éclampsie, malgré que le professeur Hamm déclare que cette dernière serait favorablement influencée par la seule administration réitérée du médicament.

CONCLUSIONS

- 1° L'hémypnal est un produit absolument inoffensif et pour la mère et pour l'enfant, à condition de rester dans la limite des doses indiquées.
- 2° Il ne se produit aucune entrave au travail bien déclanché. C'est pourquoi nous recommandons de ne commencer son emploi que lorsque la dilatation est à 1 ou 2 francs.
- 3° Il n'a aucune influence défavorable sur la délivrance et les suites de couches.
- 4° Dans 60 % des cas, il donne un bon effet analgésique, rendant les contractions non pas absolument indolores mais très supportables. Dans 20 % des cas il a une action douteuse ou insuffisante. Les cas nuls sont de 20 %.
- 5° Il ne comporte qu'une contre-indication formelle : la tendance à l'inertie utérine.
- 6° Son mode d'administration ne comportant aucune technique compliquée, son innocuité absolue ne réclamant pas la présence continuelle du médecin et la surveillance ininterrompue de la parturiente en font l'analgésique obstétrical de choix du praticien.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

MAURICE RIVIÈRE.

VU :

Le Doyen,

C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER .

Bordeaux, le 24 Décembre 1924.

Le Recteur de l'Académie

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- KRÖNIG. — Schmerzlose Entbindung in Dammerschlaf. (*O. M. W.*, n° 23, 1906.)
- HUSSY. — Eine neue ungerfährliche form des Dammerschlafes uter der Geburt. (*Zbl. Gyn.*, n° 21, 1911.)
- VIGNES. — Analgésie obstétricale au Protoxyde d'Azote. (*Revue Internationale de Médecine et de Chirurgie*, mars 1917.)
- VIGNES et MADON. — Analgésie obstétricale par la Scopollamine-Morphine. (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 10 février 1918.)
- METZER. — De l'accouchement sans douleur. (*Archives mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1919.)
- RAPIN. — Congrès d'Obstétrique et de Gynécologie, Bruxelles, 1919.
- MAURICE (M.). — L'analgésie obstétricale. (Thèse de Paris, 1919.)
- DELMAS. — Sur la raché en Gynécologie et Obstétrique. (*Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1920.)
- ROSSIER. — Diminution de la douleur dans l'accouchement par un nouvel analgésique. (*Revue hebdomadaire de Médecine Suisse*, 1921, n° 11.)
- PELISSIER. — A propos d'un nouvel analgésique obstétrical : l'Hémypnal. (*Loire Médicale*, juin 1922.)
- RAPIN. — Congrès d'Obstétrique et de Gynécologie, Genève, 1923.
- HAMM. — III^{me} Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française, 11 Août 1923.

WEBER. — La rigidité du col de la matrice et son traitement médical. (*Le Médecin d'Alsace et de Lorraine*, n° 20, 16 octobre 1923.)

CERNÉ. — Hypnotiques uréïques et analgésie obstétricale. (Thèse de Paris, 1923.)

RAILLON. — Essai sur une nouvelle méthode d'analgésie obstétricale au moyen d'une association médicamenteuse hypno-analgésique : trichloro - butylalcool - diallylmalonylurate d'éthylomorphine (Hémypnal). - (Thèse Lyon, 1923).

BENIT. — Les anesthésiques en obstétrique. (*Journal de Médecine de Paris*, 16 février 1924.)
